AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR RESULTADOS CONFIDENCIALES DE LA PRUEBA DE VIH

Toda la información registrada en este formulario es confidencial y no se comparte sin su consentimiento excepto según lo disponga la ley. Vea en el reverso de este formulario la lista de personas que pueden recibir resultados confidenciales de la prueba de VIH sin necesidad de autorización, según se especifica en los estatutos 252.15(5)(a) de Wisconsin.

Nombre de la persona cuyo resultado de la prueba VIH se divulgará: _____

Nombre y dirección de la organización a quien autorizo que se divulguen los resultados de la prueba de VIH;

_____
_____
_____

Persona(s) u organización(es) que yo autorizo para que reciban estos resultados de la prueba de VIH:

_____
_____
_____

Esta autorización vence en la siguiente fecha o cuando suceda el siguiente evento:

Fecha de vencimiento: _____

Evento: _____

Razón para firmar formulario de divulgación de resultados confidenciales de prueba de VIH:

_____

Yo entiendo que, a menos que se indique de otra manera, no estoy obligado a firmar este formulario y firmar el formulario no es condición para recibir tratamiento, pago, registro o elegibilidad para beneficios.

Razón para divulgación (si fuese aplicable): _____

Yo puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar esta autorización por escrito. La revocación escrita debe darse a la persona que yo autorizo para divulgar los resultados de las pruebas. Yo entiendo que si revoco esta autorización no afectará el uso y revelación de los resultados de pruebas que ya hayan ocurrido en base a mi autorización.

Yo entiendo que la información usada o divulgada según esta autorización la puede volver a divulgar quien la reciba y ya no será protegida por los estándares de privacidad federal.

Las preguntas de este formulario de dos caras me las han respondido a mi satisfacción. También entiendo que al firmar esta autorización me darán una copia de esta autorización.

Yo autorizo a la persona y organización que he designado arriba para que reciba los resultados de mi prueba de VIH (o los resultados de la prueba de las personas nombradas arriba).

_____
FIRMA del sujeto de prueba

_____
Fecha de la firma

_____
FIRMA de persona legalmente autorizada para dar consentimiento en nombre del sujeto

_____
Fecha de la firma

_____
Nombre en letra de molde de la persona autorizada legalmente para dar consentimiento

_____
Relación de la persona legalmente autorizada para dar consentimiento en nombre del sujeto

Revelación de información:

La ley de Wisconsin requiere que los resultados de las pruebas de VIH sólo se entreguen a personas autorizadas para tener acceso a esos resultados o en circunstancias limitadas especificadas en los estatutos 252.15(5)(a).

Bajo estatutos 252.15 (5) (a) de Wisconsin, las siguientes son personas que pueden recibir resultados de pruebas asociadas a VIH en algunas circunstancias. Habrá multas si los resultados de las pruebas de VIH se divulgan en forma ilegal.

La persona que se hace la prueba; y si la persona es incapacitada, quien sea designado agente en el poder notarial de cuidado médico;

Proveedor de cuidado médico de la persona, o proveedor de cuidado médico que dé cuidado de emergencia a la persona que se hizo la prueba;

Agente o empleado del proveedor de la persona de la prueba que provee cuidado médico o maneja especímenes o líquido corporal o tejido o prepara o almacena expedientes médicos de pacientes;

Banco de sangre, centro de sangre o plasma que somete a prueba a una persona;

Proveedor de cuidado médico que procura, procesa, distribuye o usa partes del cuerpo humano para asegurar que la parte del cuerpo donada es aceptable;

Epidemiólogo estatal o su designado/a con el propósito de investigar enfermedad contagiosa o control o vigilancia epidemiológica;

Director de funeraria u otra persona que prepare un cadáver para entierro o disposición; o a otra persona que ejecute o ayude en una autopsia;

Comité de personal de institución médica u organizaciones de revisión de servicios de cuidado médico para conducir control de programas, evaluaciones y revisiones;

Según orden de la corte;

Persona que hace investigación, si el investigador:

- Es afiliado del proveedor de cuidado médico de la persona de la prueba, y
- Ha obtenido permiso para hacer la investigación de una junta de revisión institucional, y
- Provee afirmación escrita que la información no se divulgará y no identificará a la persona de la prueba sin su consentimiento informado;

Una persona que da cuidado de emergencia a una víctima y se expone;

- Médico forense o examinador o ayudante médico si:
- El estado de infección de VIH es pertinente para determinar la causa de muerte, o
  - Durante investigación directa el forense o examinador o ayudante médico se expone en gran medida al sujeto;

Sheriff; carcelero, guarda prisión, cárcel o casa correccional; para asignar celdas privadas;

Si los resultados de las pruebas fueron positivos y el paciente ha fallecido, las personas que el médico del paciente fallecido sepa que han tenido relaciones sexuales o compartido equipo de drogas intravenosas con el paciente;

Una persona que consiente que se haga la prueba a un individuo menor de 14 años de edad, o que un tribunal declare ser incompetente, o incapaz de comunicarse a causa de una condición médica;

Una supuesta víctima o víctima de asalto sexual, el padre o guardián de una víctima o supuesta víctima y el proveedor médico de una víctima o supuesta víctima;

A una persona que ha estado muy expuesta, como lo define el estatuto estatal, por medio de algunas ocupaciones;

A un padre sustituto o sustituto por tratamiento o a cargo de un hogar de grupo, institución a cargo del cuidado de niños o institución correccional donde se coloca a un niño.

Si la persona está prisionera, el proveedor de cuidado médico del prisionero y el personal médico o de cuidado de la prisión o cárcel.